Ein

Beitrag zur operativen Behandlung

von

Prolapsus uteri und Retroflexio.

INAUGURAL-DISSERTATION

der medicinischen Facultät

der

KAISER-WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

zur Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

PAUL GLIMM.

STRASSBURG i. E.
Buchdruckerei H. Friedemann.
1891.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: **Prof. Dr. Freund.**

Seinem lieben Vater

in Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542727_0044

Die Geschichte der operativen Behandlung von Prolapsus uteri hat bisher gelehrt, dass dauernde Hülfe nur gebracht wird durch die Schaffung eines festen, resistenzfähigen Beckenbodens mit gleichzeitiger Verengerung des Scheideneinganges. Die Zahl der Operationen, welche im Laufe der Jahre von den verschiedensten Autoren zum Zwecke der Heilung von Prolaps ersonnen und angewandt sind, ist eine sehr erhebliche. Manche von ihnen haben das Licht der Welt erblickt, um alsbald wieder als unbrauchbar zur Seite gelegt zu werden, da sie vor einer streng objectiven Kritik nicht zu bestehen vermochten. Andere haben diese Prüfung bestanden, und es hat sich gezeigt, dass es durch ihre Anwendung gelingt, Scheide und Uterus auch auf die Dauer und selbst bei anstrengender körperlicher Arbeit derart in der normalen Lage zu erhalten, dass der Vorfall vollständig beseitigt ist. Leider giebt es aber eine nicht unerhebliche Anzahl von Fällen, bei denen, besonders wegen der starken Betheiligung des Peritoneums und seiner Duplicaturen, die bisher gebräuchlichen Methoden zu keinem befriedigenden Resultate führen, die deshalb gewöhnlich zu den unheilbaren gerechnet und demgemäss behandelt werden.

Durch die Güte des Herrn Prof. Dr. Freund sind mir nun einige derartige schwere Fälle überwiesen worden, an welchen derselbe eine neue Operationsmethode anwandte und zwar mit einem derart eclatanten Erfolge, dass man die Hoffnung hegen darf, dass von jetzt ab selbst solche Fälle, bei denen man bisher jede Hoffnung auf Erfolg aufgeben musste, mit wenigen Ausnahmen völlige Genesung finden werden.

Bevor ich meine Fälle mittheile, sei es mir gestattet, auf die Aetiologie des Prolapses, auf seine Pathologie und auf die bisher gebräuchlichen Operationsmethoden etwas näher einzugehen.

Die Häufigkeit des Prolapses ist nicht auffallend, wenn man bedenkt, dass der Uterus eine Beweglichkeit besitzt, wie sie ausser ihm, abgesehen von einigen Darmpartieen, kein anderes Organ aufzuweisen im Stande ist. Schon bei der Respiration zeigt sich eine, wenn auch fast unmerkliche Bewegung, indem bei jeder Inspiration der Uterus sinkt, bei jeder Exspiration sich wieder hebt[1]). Die Anhäufung von Urin in der Harnblase oder von Fäcalmassen im Rectum würde zu erheblichen Beschwerden Veranlassung geben, wenn nicht der Uterus befähigt wäre, diesen beiden sich vergrössernden Organen auszuweichen. Ferner wäre es eine Unmöglichkeit, dass der Uterus während der Gravidität seine Lage in der Weise veränderte, wie es die wachsenden Grössenverhältnisse bedingen. Während der Menstruation zeigt sich ebenfalls eine Beweglichkeit, in dem der Uterus, schwerer geworden durch die Blutüberfüllung, sich tiefer in die Beckenhöhle herabsenkt[2]).

Es ist also nicht zu verwundern, wenn die Beweglichkeit eines Organes, die schon physiologisch eine recht ergiebige ist, oft einen pathologischen Character annimmt, und schliesslich eine abnorme Lagerung des Organes resultirt. Um das Zustandekommen solcher Abnormitäten richtig aufzufassen, ist es nöthig, die Art und Weise, wie der Uterus in seiner Lage erhalten wird, näher ins Auge zu fassen.

Der Uterus liegt zwischen Blase und Rectum und steht mit seiner Längsaxe im spitzen Winkel zur Conjugata, mit geringer Abweichung nach rechts wegen linksseitiger Lagerung des Rectums. Der Fundus steht annähernd in der Höhe der

[1]) O. v. Franque, Vorfall d. Gebärmutter. Würzburg 1860.
[2]) Hyrtl, Lehrb. d. Anatomie. 1881. p. 781.

oberen Beckenapertur und sieht nach oben und vorn, während der Cervix nach unten und hinten gerichtet ist. Der unterste Theil des Cervix ragt wie ein Pfropf in die Scheide hinein, welche sich rings um ihn fest anschliesst, und bildet so die Portio vaginalis uteri. Von Einfluss auf Lage und Richtung des Uterus ist zunächst das Peritoneum. Dieses verlässt etwas über der Symphyse die Bauchmuskeln, schlägt sich auf die Harnblase um und geht dann auf den Uterus über, welcher an seiner vorderen Fläche ungefähr zur Hälfte einen Peritonealüberzug erhält. Die durch das Umbiegen des Peritoneums von Blase auf Uterus entstehende Vertiefung ist die Excavatio vesico-uterina, die auf beiden Seiten durch die ligg. vesico-uterina begrenzt wird. Die hintere Fläche des Uterus ist vollständig vom Peritoneum bedeckt, welches hier bei seinem Uebergreifen von Uterus auf Rectum die tiefere Excavatio recto-uterina s. Douglasii bildet, welche analog der vorderen Bauchfelltasche ebenfalls von zwei stärkeren Strängen des Bauchfelles, den ligg. recto-uterina flankirt wird. Die vordere untere, nicht vom Bauchfell überzogene Wand des Uterus ist durch festes Bindegewebe mit der hinteren Harnblasenwand verbunden.

Von grosser Wichtigkeit für den Halt, den das Bauchfell dem Uterus gewährt, ist jedenfalls das Verhalten der ligg. sacro-uterina, aber neben denselben kommen sicher auch noch die anderen Duplicaturen des Bauchfelles in Betracht, die ligg. lata, rotunda u. s. w. — Was die Bedeutung der Scheide als Stützapparat des Uterus angeht, so ist deren Werth bei Frauen, die schon öfter geboren haben oder deren Genitalapparat aus irgend einem Grunde erschlafft ist, wohl nur sehr gering. Bei Jungfrauen dagegen, deren Geschlechtstheile noch vollständig intact sind, ist die Scheide als eine nicht zu gering anzuschlagende Stütze des Uterus zu betrachten. Besonders kommt hier der untere Theil der Scheide in Betracht, etwa ein Dritttheil. Der obere Abschnitt der Scheide ist nur lose befestigt, daher sehr beweglich und nachgiebig;

der untere dagegen ist bei normalen Verhältnissen gut fixirt und weniger beweglich.

Von eminenter Bedeutung ist der Beckenboden, dessen Einrichtung eine sehr complicirte ist. Die Fascia pelvis und der Musc. levator ani sind hier die wichtigsten Gebilde; nächst ihnen die übrige Dammmuskulatur. Besonders hervorzuheben ist hier noch die Bedeutung des Fettgewebes, welches eine directe Fortsetzung des Panniculus adiposus der Haut darstellt, alle Lücken zwischen den Gebilden des Dammes ausfüllt und besonders im Cavum ischio-rectale eine bedeutende Mächtigkeit erlangt. Zu diesen Gebilden kommen noch die übrigen Organe der Beckenhöhle und die vordere Bauchwand hinzu, um den Uterus in seiner Lage zu erhalten. Der Fehler, den man früher beging, indem man den Prolaps auf ein einzelnes Organ zurückführte, ist auf die ausschliessliche Berücksichtigung der Leichenbefunde zurückzuführen. So behauptete Meissner[1]), der Uterus werde nur durch die breiten und runden Mutterbänder in seiner Lage erhalten; später[2]) gab er diese Ansicht auf und machte darauf aufmerksam, dass sehr oft beim Prolaps Symptome vorhanden seien, welche auf eine Betheiligung des Peritoneums hinwiesen. Dieser Ansicht gegenüber stand folgende, deren Vertreter unter Anderen Otto[3]) und Osiander[4]) waren. Sie stellten die Behauptung auf, der Uterus werde nur durch die Scheide in seiner Lage erhalten; die Erschlaffung der Mutterbänder sei nicht die Ursache, sondern die Wirkung des Vorfalles. Da dieses mit den Erfahrungen der Praxis nicht vereinigt werden konnte, so schrieb man sowohl den Mutterbändern als auch der Scheide eine Rolle bei der Erhaltung des Uterus in seiner Lage zu. Heutzutage ist man zu der Ansicht gelangt, dass der Uterus nicht durch einzelne der erwähnten Organe befestigt wird, sondern dass ihn die Gesammtheit dieser Theile stützt und in seiner Lage erhält. Alle Theile

[1]) Schieflagen des Uterus. Bd. I. [2]) Frauenzimmer-Krankheiten. [3]) De Procidentiis uterinis. [4]) De fluxu menstruo et uteri prolapsu.

der Beckenhöhle erhalten sich gegenseitig in ihrer Lage; erleidet das eine Organ eine Lageveränderung, so muss nothwendigerweise auch das andere daran theilnehmen.

Was nun die eigentlichen aetiologischen Momente angeht, so lassen sich diese in zwei Gruppen sondern, in die praedisponirenden und in die occasionellen Momente. In die erste Kategorie gehören alle diejenigen Ursachen, welche eine Erschlaffung des gesammten Genitalschlauches bedingen. Hiezu rechnet vor allen Dingen das Puerperium, welches alle den Vorfall begünstigenden Momente vereint. Die durch die Schwangerschaft verlängerten Ligamente sind erschlafft; die Scheide hat während der Geburt eine Ausdehnung ad maximum erfahren und hat ihren Tonus vollständig eingebüsst; nach der Geburt bildet sie sich nur unvollständig zurück, sie bleibt länger und legt sich leichter in Falten. Der Beckenboden ist in allen seinen Theilen aufgelockert und hat den grössten Theil seiner Elasticität verloren. Durch etwaige Dammrisse ist der Scheideneingang weit und klaffend geworden und begünstigt so in hervorragender Weise das schnelle und vollständige Zustandekommen des Vorfalles. Nächst dem Puerperium kommt das Climacterium in Betracht. Durch die senile Atrophie schwindet hauptsächlich die Elasticität der Gewebe und das Fettpolster des Beckenbindegewebes, die Scheide verliert ihren Tonus, ihre Schleimhaut stülpt sich vor und leitet so den Prolaps ein. Die Häufigkeit des Prolapses bei der arbeitenden Klasse findet darin ihren Grund, dass diesen Frauen nicht dieselben Mittel, sich zu schonen und zu pflegen, zu Gebote stehen wie den Kranken der höheren Stände, dass sie meist schon bald nach der Geburt das Bett verlassen müssen, um ihrer täglichen, schweren Arbeit nachzugehen. Schlechte, unzureichende Ernährung, nasse, kalte Wohnung, langer Aufenthalt in feuchter Atmosphäre thun ein Uebriges, um die Disposition noch zu erhöhen. Auf die Verhältnisse, unter denen die arbeitende Klasse lebt, ist auch das relativ häufige Vorkommen des Vorfalles bei Nulli-

paren zurückzuführen, während derselbe bei höheren Ständen nur ein höchst seltenes Ereigniss ist. In welcher Weise hierbei die allgemeine infantile Entwicklungshemmung der Bauch- und Beckenorgane eine Rolle spielt, wird unten noch erwähnt werden.

Die occasionellen Momente lassen sich fast alle auf die Wirkung der Bauchpresse zurückführen. Jede äussere oder innere Gewalt, welche die Beckenorgane nach dem Beckenausgang hindrängt, vermag, bei gegebener Disposition, den Prolapsus uteri zu bewirken. Husten, Niesen, Erbrechen, lautes Singen und Schreien, hauptsächlich aber schwere körperliche Arbeit und besonders solche in stehender Stellung, sind hier anzuschuldigen. Die habituelle Stuhlverstopfung kommt insofern in Betracht, als bei diesem Zustande die Bauchpresse zur Entleerung des Darmes eine weit grössere Kraft anwenden muss als unter normalen Verhältnissen. Franque (l. c.) führt ausserdem noch an das unvorsichtige Ziehen der Nabelschnur bei gelöster oder eingeschnürter Placenta; bei noch adhärenter Placenta dagegen sei ein Prolapsus uteri immer mit einer Inversio desselben verbunden.

Sehr selten ist der Vorfall des Uterus das primäre, meistens ist die Scheide der zunächst betroffene Theil. — Sind die Rauchfellbefestigungen nicht mehr sufficient und besonders die ligg. sacro-uterina erschlafft, so senkt sich zunächst der Uterus und richtet sich zu gleicher Zeit auf. Der Uterus steht hierbei mit seiner Längsart genau in der Verlängerung der Scheidenlängsaxe, und jeder stärkere Druck von oben, also die Bauchpresse, wird ihn vermöge seiner keilförmigen Gestalt mit Leichtigkeit in das Innere der Scheide vortreiben. Durch den fortdauernden, zeitweise i. e. bei jeder Anstrengung der Bauchpresse verstärkten Druck wird die Festigkeit des angrenzenden oberen Scheideabschnittes langsam aber sicher vermindert; der Uterus tritt tiefer und tiefer und invertirt die Scheide immer mehr, bis er endlich mit seinem untersten Abschnitte den Scheideeingang passirt hat. Dieser Vorgang

ist, wie schon gesagt, ein seltener und findet sich fast nur bei Nulliparen, während bei Frauen, die geboren haben, der primäre Scheidenvorfall das gewöhnliche ist.

Die anatomische Anordnung der Scheidewandungen, wie sie aus der Henle'schen H-Figur ersichtlich, bringt es mit sich, dass gegebenen Falles entweder nur die vordere oder die hintere oder beide Wände zusammen vorfallen; eine ringförmige Inversion der Scheide dagegen ist sehr selten [1]). Am leichtesten fällt die vordere Scheidewand vor, während die hintere, bei normalem Beckenboden, an diesem eine natürliche Stütze findet. Isolirter Vorfall der vorderen Scheidenwand wird sehr oft beobachtet bei Schwangeren, hervorgerufen durch seröse Durchfeuchtung und Auflockerung der Scheide und besonders des Harnröhrenwulstes. Der isolirte Vorfall der hinteren Vaginalwand ist nicht häufig. Er wird in manchen Fällen hervorgerufen durch langandauernde Koprostase, wobei starkes Drängen bei der Defäcation eine Rolle spielt. Auch durch das Herabtreten der Douglas'schen Peritonealfalte kann eine Einstülpung des hinteren Scheidengewölbes in das Lumen der Scheide hinein bewirkt werden. Hierbei ist besonders die obere Hälfte der hinteren Vaginalwand betheiligt. Ein Vorfall beider Scheidenwände ohne Betheiligung des Uterus ist ein äusserst seltenes Ereigniss. Prolaps der vorderen oder hinteren Scheidenwand mit Descensus oder Prolapsus uteri trifft man im Allgemeinen nicht häufig, gewöhnlich sind beim Uterusvorfall beide Scheidenwände betheiligt und zwar je nach den obwaltenden Verhältnissen, bald mehr die vordere, bald die hintere. Dem Zug der vorderen Vaginalwand folgt der Uterus, die Portio rückt nach vorn abwärts. Dabei findet der Uteruskörper an der Blase einen natürlichen Widerstand, es bildet sich so ein Hypomochlion und die Folge der Abhebelung ist die Aufrechtstellung des Uterus beziehungsweise die Retroversio. Selten findet man eine starke Anteversio oder -flexio und zwar nur bei stärkerer Resistenz der ligg.

[1]) C. Schröder, Frauenkrankheiten, 1887, p. 128.

sacro-uterina [1]) und bei Adhäsionen des Fundus uteri. In diesem Falle folgt dann der Uterus der abwärts getretenen Blase und liegt oberhalb derselben in der herabgesunkenen vorderen Scheidenwand.

Die nach unten zerrende Scheide übt meist einen derartigen Zug auf den Cervix aus, dass derselbe länger und länger wird, bis schliesslich der Muttermund vor der Vulva erscheint. Diese Cervixhypertrophie hat man vielfach als Uterusvorfall bezeichnet, während in Wahrheit der Fundus uteri in normaler Höhe, wenigstens annähernd, stehen bleibt. Jedoch scheint sich aus dieser Cervixhypertrophie der Uterusvorfall häufig dadurch heranzubilden, dass der vergrösserte Uterus sich verkleinert. Besonders geschieht dieses durch die senile Involution, wobei der Fundus mit zunehmender Verkleinerung tiefer tritt: je nachdem nun entweder die vordere oder die hintere oder die beiden Scheidenwände betheiligt sind, tritt eine Differenzirung in der fortschreitenden Dislocation ein. Am häufigsten ist die vordere Wand am stärksten betheiligt, und sie zieht die Blase in Mitleidenschaft. Jedoch ist es möglich, dass die Blase ihre ursprüngliche Lage vollständig beibehält. Zur Erklärung dieses seltenen Ereignisses muss man eine Lösung der Verbindung von Blase mit Uterus und Scheide annehmen. Dies findet sich in Fällen von Prolapsus uteri completus mit starker Anteflexio des Uterus, wo dann die Blase über den Fundus und auf die hintere Wand des Uterus zu liegen kommt. Am häufigsten aber ist es der Fall, dass die Verbindung der Blase mit Uterus und Scheide erhalten bleibt. Deshalb findet man fast immer einen Theil der Blase oder selbst das ganze Organ in den Vorfall mit hineingezogen. Die Harnröhre geht dabei entweder mit einer Krümmung, die der normalen direct entgegengesetzt ist, nach unten in den Vorfall oder sie knickt nach einer kurzen normal verlaufenden Strecke nach unten ab. Mit der Dislocation der Blase verbindet sich eine vollständige Veränderung ihrer Ge-

[1]) Hegar u. Kaltenbach, Operative Gynækologie.

stalt. Die hintere Wand, die normaler Weise dem Cervix und der oberen Hälfte der vorderen Scheidenwand anliegt, ist durch die Einwirkung der zerrenden Scheide dergestalt verlängert worden, dass sie unter Umständen vom inneren Muttermunde bis in die Spitze des Vorfalles sich erstreckt. Dadurch bildet sich ein langes, zwischen Cervix und vorderen Scheidenwand tief bis in den Vorfall hinabreichendes Divertikel. Besteht dabei eine beträchtliche Cervixhypertrophie, so kann der Weg für den Urin in den unteren Abschnitt sehr erschwert sein. War bereits Harnansammlung vorhanden, so kommt es zur Stagnation und Zersetzung und Blasenkatarrh oder auch Steinbildung ist die Folge. Bei einigermassen starker Cystocele werden die Ureteren in den Vorfall mit hineingezerrt, wodurch Compression mit ihren Folgezuständen, Dilatation und Hydronephrose, sich entwickeln kann[1]). Nach Hüffell[2]) bleibt die wichtigste Structurveränderung der Blase die hypertrophische Verdickung ihrer Wände.

Das Verhalten der vorderen Bauchfelltasche ist je nach der Entleerungsweise des Prolapses ein verschiedenes. Ist Blase und Uterus gleichzeitig und gleich weit vorgefallen, so bleibt das Verhältniss des Bauchfelles zum Uterus und zur Blase ganz dasselbe, abgesehen davon natürlich, dass es jetzt tiefer im Becken steht als unter normalen Verhältnissen. Ist die Blase früher in Mitleidenschaft gezogen als der Uterus, so prolabirt zunächst die vom Bauchfell freie Partie der Blase und dann erst wird der von demselben bekleidete Theil in den Vorfall hineingezogen. Durch den von der Blase ausgeübten Zug gleitet das Bauchfell der vorderen Uteruswand entlang und kann schliesslich, auch wenn jetzt der Uterus noch vorfällt, ebenso tief oder noch tiefer als der äussere Muttermund herabreichen (Hüffell) und so Uterus und Blase vollständig trennen. Bei primärer Dislocation des Uterus wird das Bauchfell allerdings auch herabgezogen, aber es reicht,

[1]) Verhandl. d. Gesellsch. f. Geb. Berlin Bd. II. [2]) Anat. u. operat. Behandlung d. Gebärmutter und Scheidenvorf. Freiburg. 1873.

abgesehen von seiner Dislocation, nicht weiter herunter, als bis zu seiner normalen Anheftungsstelle am Uterus.

Was die Betheiligung des Mastdarmes und der hinteren Bauchfelltasche anlangt, so schickt der erstere in den meisten Fällen kein grösseres Divertikel in den Vorfall hinein. Allerdings kommt sowohl bei den isolirten Scheidenvorfällen, als auch beim Uterusprolaps zuweilen eine starke Rectocele vor, aber jedenfalls ist ihre Zahl gegenüber der der Blasendivertikel eine verschwindend kleine. Eine sehr seltene Complication ist der Prolapsus ani. Bei der Betheiligung der hinteren Bauchfelltasche handelt es sich darum, ob der Uterus oder das Bauchfell der primär dislocirte Theil ist. Bei primärem Tiefertreten des Uterus wird das Bauchfell mit herabgezogen, es findet sich, falls keine bedeutende Cervixhypertrophie besteht, ganz nahe dem äusseren Muttermunde. Rückt nun die Scheide allmählich nach abwärts und ist sie schliesslich vollständig invertirt, so folgt das Bauchfell, da es an der hinteren Seite des Cervix befestigt ist, nach und zieht sich schliesslich bis in die Spitze des Vorfalles. Bei Hypertrophieen des Cervix und besonders bei der supra-vaginalen Form, wobei dieser Theil gewissermassen aus seiner Bauchfellbekleidung herauswächst, reicht die Bauchfelltasche nicht herab bis zum Ansatz des Scheidengewölbes am Uterus, sondern kehrt weiter oben um. Durch das hypertrophische Wachsthum wird die Scheide invertirt und von der Bauchfellfalte abgedrängt. Der dadurch entstehende Zwischenraum wird durch aufgelöstes Bindegewebe ausgefüllt (Hüffell).

Bei primärer Dislocation des Bauchfelles entsteht eine Form des Prolapses, die man mit dem Namen einer Hernia vaginalis posterior bezeichnet hat. Treffender würde „Douglas-Hernie“ sein, wie wir sie nach dem Vorgange Freund's bezeichnen wollen. Übrigens sind die Ansichten über das Verhalten der Douglas'schen Tasche beim Prolaps, über deren Inhalt an Därmen und auch über ihre Ausdehnung vielfach

getheilt. Bemerkenswerth ist hierbei folgendes[1]): „Die Douglas'sche Tasche macht einen extra-uterinen Entwickelungsgang durch, vermöge dessen sie, die beim Neugeborenen bis in die Höhe der Vagina reicht, immer flacher wird. Diese Abflachung geht Hand in Hand mit den Lage- und Gestaltsveränderungen der übrigen Beckenorgane. Die Befestigung der Douglas'schen Tasche findet an dem Halbringe der Retractoren und am Rectum im Niveau der Kohlrausch'schen Falte statt. Der Grund der Tasche ist durch loses Bindegewebe an der Umgebung befestigt. Diese Verhältnisse garantiren eine freie alternirende Beweglichkeit des Uterus und des Rectums. — Beobachtungen an der Strassburger Klinik scheinen darauf hinzuweisen, dass bei allgemeiner infantiler Entwickelungshemmung der Bauch- und Beckenorgane eine tiefausgebuchtete Douglas'sche Tasche Disposition zu herniöser Vertiefung und weiterhin, besonders bei ungeeignetem Verhalten, zu Prolaps der Becken- und Bauchorgane abgebe." Eine tiefe Douglas'sche Tasche findet sich meist bei stärkerer Retroversio oder Retroflexio. Der Uterus hat sich bei seinem Tiefertreten aus den schon erwähnten Ursachen abgehebelt und wird durch die in der Rectalampulle sich ansammelnden Fäcalmassen nach der Excavatio retro-uterina geschoben. Bei der Defäcation rückt der Körper in den freigewordenen Raum, und so vertieft sich allmählich die Douglas'sche Tasche. Bei dieser Verdrängung des Uterus spielt, wie erwähnt, auch die Blase mit, deren oberer Theil sich meist allein füllt, da das untere Diverkel durch die meist bestehende Cervixhypertrophie für den Urin unwegsam gemacht ist.

Neben diesen Veränderungen der Nachbarorgane kommen auch solche des Uterus und der Scheide in Betracht. Was die letztere angeht, so wird die vorfallende Schleimhaut glatter, das Plattenepithel verdickt sich und es kann sich schliesslich eine förmliche Epidermis auf der Scheide herausbilden. Dieser

[1]) H. W. Freund, Ber. üb. d. 62. Versamml. deutsch. Naturforsch. u. Ärzte zu Heidelberg, 1889.

Vorgang wird allerdings häufig complicirt durch Entzündungs- oder Ulcerationsprozesse, hervorgerufen durch Insulte verschiedenster Art. Namentlich spielt hierbei neben dem Reiben an den Kleidern die häufige Benetzung mit dem meist schon zersetzten Urin eine grosse Rolle. Diese Entzündungsprozesse können Gangränescirungen hervorrufen und die Folge kann die Abstossung eines Theiles oder sogar der ganzen prolabirten Masse sein. Bei den meisten Vorfällen findet man besonders in der Gegend der Muttermundspalte und im Cervixkanal selbst mehr oder weniger tiefgehende Erosionen und Geschwüre, welche selbst zu stärkeren Blutungen Veranlassung geben können. Im Allgemeinen gestatten diese Geschwüre eine recht gute Prognose; sie heilen gewöhnlich bald, wenn der Vorfall reponirt und längere Zeit ruhige Bettlage beobachtet wird.

Die Veränderungen in den Grössenverhältnissen des Uterus können sehr mannigfache sein. Bei längerem Bestehen des Leidens findet man ganz normale Verhältnisse in dieser Hinsicht wohl nur äusserst selten. Zuweilen trifft man eine annähernd gleichmässige Veränderung, sowohl in der Form der Hypertrophie als auch in der Atrophie; letztere vorzugsweise bei alten Leuten. Bedeutend häufiger findet man die Veränderung in den Grössenverhältnissen auf einen Theil beschränkt. Und hier sind besonders die Cervixhypertrophieen bemerkenswerth, vor allen die des supravaginalen Abschnittes. In fast allen Fällen von Uterusvorfall ist eine deutliche Verlängerung desselben nachzuweisen, daneben oft noch eine gleichzeitige Verdickung. Diese Verlängerung kann so hochgradig werden, dass der Muttermund in der Vulva erscheint und so den Verdacht auf einen bedeutenden Uterusvorfall rege macht, während das corpus uteri manchmal an ganz normaler Stelle verharrt. Dabei wird aber regelmässig die Scheide invertirt und der Scheidenkanal verkürzt. Wenn Huguier in seiner „Note sur l'Allongement de l'Utérus“ behauptet, dass in den meisten Fällen, die als Prolapsus uteri beschrieben

werden, es nur eine Täuschung gewesen sei, hervorgerufen durch das „Allongement de la portion sur-vaginale“, so geht er darin entschieden zu weit. Es kommt freilich, wie schon erwähnt, vor, dass bei normalem Stande des Fundus uteri der Muttermund vor der Vulva liegt, besonders wenn der erstere durch perimetrische Adhäsionen, Tumoren oder dergleichen in pathologischer Weise im Becken fixirt ist, jedoch ist in der bei weitem grössten Mehrzahl der Fälle der Uterus de facto descendirt und an tieferer Stelle nachzuweisen als gewöhnlich. Diese supravaginale Cervixhypertrophie kommt dadurch zu Stande, dass bei Vorfall der vorderen und hinteren Scheidenwand die Zerrung in schräger Richtung gleichmässig am vorderen und hinteren Scheidengewölbe stattfindet, diese also gleichmässig nach unten vorrücken. Ist die vordere Scheidenwand allein vorgefallen und übt sie den Zug ausschliesslich aus, so wird der mediäre Theil des Cervix verlängert, der Muttermund tritt allmählich tiefer, während das hintere Scheidengewölbe in normaler Höhe stehen bleibt. Übrigens lässt sich die Hypertrophie des supravaginalen Theils von der des vaginalen meist nicht so leicht und scharf unterscheiden, wie dieses gewöhnlich angenommen wird, denn die Grenze, welche durch den Ansatz der Vagina an das collum uteri gebildet wird, kann vollständig verwischt werden, da die Insertion durch die obwaltenden Verhältnisse ausserordentlich breit werden kann. Ausserdem ist es möglich, dass eine vaginale Hypertrophie bestanden hat, aus irgend welchen Gründen tritt aber ein starkes Ectropiun der Lippen ein und so resultirt eine scheinbar allein vorhanden gewesene supravaginale Hypertrophie. Am häufigsten findet sich übrigens an der Portio vaginalis eine Volumzunahme im queren und sagittalen Durchmesser, während der Längsdurchmesser weniger zunimmt. Hierbei findet sich manchmal eine ungleiche Betheiligung der verschiedenen Schichten der Wand (Franque). Ectropium kommt zu Stande bei starker Schwellung und Hypertrophie der Mucosa, der Muttermund öffnet sich und

die Schleimhaut des Cervicalkanales wulstet sich als breiter Ring hervor. Bei Hypertrophie der Muscularis bleibt der Muttermund geschlossen, jedoch ist letzterer Zustand der seltenere. Bei etwaigen Cervixrissen können sich die Muttermundlippen derartig abflachen, dass der untersuchende Finger überhaupt keine Grenze zwischen Scheiden- und Cervixkanal nachzuweisen im Stande ist. Die Oberfläche der Portio vaginalis geht also vollständig in die des umschliessenden Scheidengewölbes über. Ferner kann die Portio vaginalis fast vollständig verschwinden, wenn die im Becken fester fixirte Scheide durch den hemmenden Zug, den sie auf den abwärts drängenden Uterushals ausübt, den Muttermund öffnet und die Cervixschleimhaut kelchartig nach aussen einstülpt. Bei längerem Bestehen des Vorfalles verschwinden die Cervixlippen durch die beständige Dehnung, die Portio vaginalis atrophirt. Wird jetzt erst der Vorfall reponirt, so bildet sich meist keine eigentliche Vaginalportion zurück.

Was die Veränderungen des Uterus in Form und Lage angeht, so findet sich in denjenigen Vorfällen, wo der Uterus noch zum grössten Theil im Becken liegt, am häufigsten eine Retroversio mit leicht bogenförmiger Krümmung. Anteversio oder Anteflexio ist sehr viel seltener. Ebenso finden sich nicht häufig hochgradige Fälle von Retroflexio, wie sie von Freund[1]) und Franque[2]) beschrieben worden sind. Relativ häufig findet sich diese Form beim vollständigen Uterusvorfall i. e. in denjenigen Fällen, in welchen der Uterus in toto dem Zuge der Scheide folgt und schliesslich vor der Vulva liegt, nur von der invertirten Scheide bekleidet. Zu erwähnen wäre noch, dass in nicht seltenen Fällen sich ein abnormer Tiefstand des Zwerchfelles und sämmtlicher Brust- und Bauchorgane konstatiren lässt.

Gehen wir nun zur Beschreibung der Symptome des Gebärmuttervorfalls über, so lassen sich hier zwei Gruppen

[1]) Zur Pathol. u. Ther. d. veraltet. Inv. uteri etc. Breslau 1870.
[2]) Franque, l. c. p. 7 ff.

unterscheiden, je nachdem sich der Vorfall allmählich entwickelt oder in acuter Weise zu Stande kommt. Im ersten Falle entwickeln sich die Symptome ebenso langsam wie der Vorfall selbst. Die Kranken haben nur ein Gefühl von Schwere und Völle im Unterleib, verbunden mit Ziehen im Kreuz und in den Inguinalgegenden. Sie haben die Empfindung, als wollten sich die Eingeweide einen Weg nach unten suchen. Bald treten Beschwerden bei dem Uriniren und der Defäcation auf; häufiger Harndrang, der sich bis zum schmerzhaftesten Blasen-Tenesmus steigern kann. Meist ist Koprostase vorhanden. Alle Anstrengungen erregen Schmerzen, weil dabei die Bauchpresse den Uterus nach unten drängt und dadurch die ohnehin schon gespannten Verbindungen noch stärker gezerrt werden. Die Beschwerden nehmen mit dem Wachsthum des Vorfalles zu an Intensität: ebenso werden sie heftiger während der Menstruation und dann, wenn längere Zeit eine aufrechte Stellung aufgenommen wurde, während sie bei ruhiger Rückenlage oft gänzlich verschwinden. Da bei dem Vorfalle Veränderungen in der Lage fast sämmtlicher inneren Organe durchaus nichts seltenes sind, so lässt sich auch leicht erklären, dass relativ oft schwere nervöse Erscheinungen ausgelöst werden, besonders von Seiten des Verdauungstractus. Während anfangs der Uterus leicht reponirt werden kann und sich des Nachts sogar spontan zurückzieht, bleibt er allmählich immer länger draussen, bis er endlich fast ganz oder auch vollkommen irreponibel wird. Die grosse vor den Schenkeln liegende, mit Geschwüren bedeckte und daher schmerzende Geschwulst kann schliesslich jede, auch noch so wenig anstrengende Thätigkeit unmöglich machen.

In denjenigen Fällen, in welchen der Vorfall in acuter Weise entsteht, bietet sich ein ganz anderes Bild dar. Der intraabdominelle Druck sinkt plötzlich, die Bauchfellduplicaturen werden in äusserst heftiger Weise gezerrt und gerissen, äusserst heftige Schmerzen im Kreuz und in den Inguinal-

gegenden treten auf, der Leib wird hart und gespannt und bei der leisesten Berührung sehr schmerzhaft. Erbrechen, Kopfschmerz, Schwindel, ja Ohnmachten sind regelmässig vorhanden, kurz, es entwickelt sich ein Bild der schwersten Allgemeinerscheinungen, wie sie bei einer Peritonitis aufzutreten pflegen.

Bei den vorhin aufgezählten Erscheinungen des Prolapses ist es auffallend, in welch geringer Weise die Geschlechtsfunctionen alterirt werden. Die Menstruation bietet in den meisten Fällen fast gar keine Abnormitäten. Treten Anomalieen ein, so kann man mit Sicherheit auf eine complicirende Erkrankung des Uterusparenchyms schliessen. Sterilität ist meistens nicht vorhanden, falls nicht Complicationen seitens der Uterusanhänge und des Uterusparenchyms auftreten. Die Schwangerschaft kann ihr normales Ende erreichen, und die Geburt kann glücklich von Statten gehen. Jedoch kommt es vor, dass der Uterus im kleinen Becken liegen bleibt oder aber vermöge seiner vermehrten Schwere tiefer hinabsinkt bis vor die äusseren Genitalien. Im ersten Falle kommt es zu Incarcerationserscheinungen, wie ja meistens bei Retroflexio uteri gravidi, und Abortus, seltener Frühgeburt ist die Folge. Dasselbe ist ebenfalls fast stets der Fall, wenn der Uterus vor den Genitalien liegt, obgleich nach Franque auch hier die Schwangerschaft ihr normales Ende erreichen kann, indem sich der Foetus gleichsam ausserhalb des mütterlichen Körpers entwickelt. Die Schwangerschaft kann für den ferneren Verlauf des Vorfalles von wesentlichem Belang sein, indem durch dieselbe eine zeitweilige, zuweilen sogar eine radikale Heilung eintreten kann. Es handelt sich dann stets um Verklebungen und Verwachsungen, die, während der Schwangerschaft entstanden, nach der Geburt den Uterus in pathologischer Weise im Becken fixirt erhalten. War der Vorfall mit einer beträchtlichen Cervixhypertrophie verbunden, so bleibt während der Gravidität meist ein Theil des Cervix vor der Vulva liegen[1]).

[1]) Schröder, l. c. p. 190.

Bei der Untersuchung der Kranken genügt es nicht, festzustellen, dass vor der Vulva eine von den Scheidenwandungen bedeckte Geschwulst liegt, an deren unterem Ende der Muttermund sichtbar ist, sondern es muss das Verhalten aller einzelnen hier in Betracht kommenden Organe in genaue Erwägung gezogen werden. Man hat nacheinander Scheide, Uterus, Harnröhre und Blase, Mastdarm und Bauchfelltaschen zu untersuchen.

Bei der Scheide muss man das Verhalten der beiden Gewölbe beachten. Das vordere Scheidengewölbe ist bei stärkeren Vorfällen regelmässig verschwunden; das hintere ebenfalls bei vollständigem Uterusvorfall oder supravaginaler Cervixhypertrophie; bei mediärer Cervixhypertrophie steht es dagegen in annähernd normaler Höhe. Das Verhalten des Uterus stellt man durch die bimanuelle Untersuchung fest. Dabei ist nie die Digitaluntersuchung per rectum zu unterlassen. Seine Länge misst man vermittelst der Uterussonde. Die Betheiligung der Harnröhre und Blase ermittelt man durch die Untersuchung mit einem langen, wenig gebogenen Katheter. Das Verhältniss des Mastdarmes zur hinteren Scheidenwand ergiebt die Digitaluntersuchung per rectum. Das Verhalten der beiden Bauchfelltaschen genau zu präcisiren, ist sehr schwierig. Manchmal ergiebt bei Darminhalt die Percussion ein Resultat. In der Regel ist man an das gebunden, was über die Veränderungen der Bauchfelltaschen bei den einzelnen Arten des Vorfalles bereits bekannt ist. So wird die Excavatio vesico-uterina bei Cervixhypertrophieen nicht alterirt, dagegen geht sie beim wirklichen Uterusvorfall mit in den Prolaps hinein. Zuweilen wird auch abnormer Tiefstand beobachtet, so dass zwischen Blase und Uterus eine tiefe Tasche bis in die Spitze des Vorfalles hinabreicht. Die Douglas'sche Tasche bleibt, wie schon erwähnt, bei der mediären Cervixhypertrophie fast ganz unverändert, bei der supravaginalen Form und beim wirklichen Uterusvorfall dagegen liegt sie unmittelbar hinter der hinteren Lippe und bildet meist die

Spitze des Vorfalles, nur bekleidet von der invertirten, verdickten Scheidenschleimhaut. — Ausfüllung der Douglas'schen Tasche mit Darmschlingen ist nicht häufig. Relativ oft aber kommt es dazu bei herniöser Vertiefung der Douglas'schen Tasche, welche, wie schon erwähnt, auf allgemeiner infantiler Entwickelungshemmung zu beruhen scheint.

Die Prophylaxe des Uterusvorfalles besteht wesentlich in gehöriger Schonung in der ersten Zeit nach der Entbindung. Dabei ist besondere Rücksicht zu nehmen auf gehörige Rückbildung der descendirten oder prolabirten Scheidenwandungen. Ein etwaiger Dammriss muss natürlich sofort nach der Geburt durch die Naht geschlossen werden. Dort, wo die Verhältnisse die nöthige Schonung nach der Niederkunft nicht gestatten, also bei der arbeitenden Klasse, ist man gezwungen, um die vorfallenden Scheidenwandungen hinter dem Scheideneingang zurückzuhalten, Pessarien anzuwenden. Es ist hier nicht der Ort, auf die Art dieser Behandlung näher einzugehen, nur das zu sagen sei gestattet, nämlich dass durch die Pessarien regelmässig nur palliative Hülfe geboten wird: ferner sind dieselben Fremdkörper in der Scheide und reizen in Folge dessen alle ohne Ausnahme. In der Grösse des Reizes ist allerdings ein gewaltiger Unterschied zwischen guten und passenden und schlecht sitzenden, besonders aber zu grossen Pessarien. Sehr oft wird die Scheide, deren Vorfall den des Uterus entweder veranlasst oder begünstigt, nur noch schlaffer und weiter dadurch.

Zur radicalen Heilung des Vorfalles ist man in der Regel auf die operative Hülfe angewiesen. Zweckmässig ist es, dieselbe nicht nur auf die Fälle von längerer Dauer und bedeutender Ausbildung des Vorfalles zu beschränken, sondern auch den leichteren Fällen eine gleiche Behandlung angedeihen zu lassen, denn selbst in solchen leichten Fällen können die Beschwerden nicht selten eine ganz ungeahnte Höhe erreichen. Solche Vorfälle werden freilich gewöhnlich durch Pessarien gut zurückgehalten, aber eine endgültige

Heilung kommt dadurch eigentlich nie zu Stande. Im Gegentheil, während des Gebrauches der Apparate steigert sich das Übel und man muss nicht selten zu immer grösseren Pessarien greifen, ohne dem fortschreitenden Vorfalle Einhalt gebieten zu können, während meist durch eine Operation derselbe vollständig coupirt werden kann. Die Art der operativen Hülfe richtet sich wesentlich nach der Art des Vorfalles, nach der Weise, durch welche er zu Stande gekommen. Denkbar ist die Heilung entweder durch Herstellung der Bauchfellbefestigungen oder durch Schaffung eines gut functionirenden Schlussapparates. Das erstere liess sich bisher auf operativem Wege nicht sicher erzielen, dagegen ist das zweite sehr gut möglich.

Den ersten Anstoss zu verschiedenen Operationen, durch welche man eine Heilung des Vorfalles erhoffte, gab Mende[1]). Dieser suchte an der Stelle des früheren Hymen, dieses durch die blutige Naht wieder herzustellen, Hymenorrhaphie, oder er brachte einige Linien über der Portio vaginalis, die sich gegenüberstehenden Scheidenwände derart zur Vereinigung, ebenfalls durch die Naht, dass nur eine kleine Öffnung für Abfluss des Menstrualblutes übrig blieb, Kolporrhaphie. Mende zeigte die Ausführbarkeit dieser Operationen an der Leiche, aber an Lebenden wurden sie nie ausgeführt. Bahnbrechend wurde die Episiorrhaphie von Fricke[2]). Dieselbe bestand in Anfrischung der Innenfläche beider grossen Labien mit Vereinigung durch die Naht. Dadurch wird der Uterusvorfall nicht beseitigt, sondern in einen unvollständigen verwandelt. Der Uterus ruht anfänglich auf der gebildeten Hautbrücke wie auf einer Dammbinde, allmählich aber stülpt er entweder die Hautbrücke nach unten aus oder er kommt in der gelassenen Öffnung zum Vorschein und kann dann durch Einklemmung zu sehr unangenehmen Complicationen Veranlassung geben. Selbst im besten Falle ist es nicht möglich, dass dem Uterus

[1]) Geschlechtskrankh. d. Weibes. Gött. 1834. Bd. II. Heft 1.

[2]) Ann. d. chir. Abth. d. Krankenh. zu Hamburg. 1883. Bd. II.

durch diese Operation eine der normalen annähernd gleichwerthige Lage verschafft werde. Diese Fricke'sche Methode wurde verschiedentlich modificirt, und wenn auch manche Operateure wie Baker Brown[1]) und Andere tiefer im Introitus anfrischten, so blieb doch die Hauptsache immer die Anfrischung der Vulva, der Innenfläche der grossen Labien. Andere Autoren hofften, die zu erzielende Verengerung der Scheide an und für sich werde im Stande sein, den Vorfall zu heilen. Andere glaubten, hierzu müsse noch eine feste Adhäsion der aus ihren Verbindungen mit den übrigen Organen gelösten Scheide kommen. Hierher gehören die Versuche von Dieffenbach[2]) und Laugier[3]), welche das Ferrum candens anwandten. Letzterer benutzte ausserdem noch den Höllenstein, Philipps[4]) rauchende Salpetersäure. Das merkwürdigste Experiment machte Chipendale[5]), der von der Voraussetzung ausging, nur die Erschlaffung des die Scheide umgebenden Zellgewebes sei die Ursache des Uterusvorfalles. Er versuchte durch Trippergift eine Vaginitis behufs Hervorbringung von Adhäsionen zu erzeugen. Complicirte Methoden ersann Desgranges[6]). Bei der einen, welche er „Pincement du vagin" nannte, fasste er mit stark federnden Serres-fines (Pinces vaginales) zahlreiche Schleimhautfalten und liess sie liegen, bis sie nach 5—10 Tagen abfielen und kleine eiternde Stellen hinterliessen, welche durch narbige Contraction die Scheide verengten. Sein zweites Verfahren verband die mechanische Compression mit der Cauterisation durch Chlorzink. Nach einigen Versuchen wurden diese Methoden als äusserst gefährlich und nutzlos bei Seite gelegt.

Unter die Zahl der Autoren, welche glaubten, der Vorfall sei durch die Verengerung der Scheide allein heilbar, gehört zunächst Marshall Hall[7]), welcher zuerst die Elytror-

[1]) On surgical Diseases of women. 1861. [2]) Operationslehre. [3]) Schmidts Jahrbuch Bd. XIII. [4]) Lond. med. Gaz. vol. 24. [5]) Zur Radicalheilung des Prolapsus uteri. [6]) Gaz. med. de Paris. Nov. 5—25. [7]) Dublin. Journ. of med. and. chem. scienc. Jan. 1825.

rhaphie anwandte. Diese Methode, welche zahlreiche Anhänger fand und auf das mannigfaltigste modificirt wurde, bestand darin, dass lange ovale Lappen aus der Scheidenschleimhaut herausgeschnitten und die Ränder durch die blutige Naht vereinigt wurden. Derartige Verfahren sind zuweilen durchaus am Platze, wenn die Scheide derart voluminös geworden ist, dass sie hinter dem Scheideneingange keinen Platz mehr findet. In solchen Fällen kommt heut zu Tage die Kolporrhaphia anterior und posterior zur Geltung.

Ein Theil der erwähnten Operationsmethoden erwies sich als vollständig untauglich, theils wegen ihrer Gefährlichkeit, theils weil sie auf falcher Anschauung basirten. Mehrere von ihnen hatten allerdings in manchen Fällen Erfolge zu verzeichnen, so besonders die Episiorrhaphie und in einzelnen Fällen auch die Elytrorrhaphie, jedoch waren im Allgemeinen die Resultate nicht besonders aufmunternd, und man griff wieder zu den mannigfachen Retentionsmitteln, trotz aller Gefahren und Unannehmlichkeiten, die dieses Verfahren mit sich brachte und im Gefolge hatte.

In neuer Zeit hat die Behandlung einen Umschwung zu Gunsten des operativen Eingriffes erfahren. Einen neuen Gesichtspunkt verlieh Huguier der Sache durch seine, wenn auch einseitige, Lehre vom Allongement hypertrophique du col de l'Utérus in seiner Schrift „Mémoire sur les Allongem. hypertr. etc. Paris 1860." Einen zweiten Anstoss gab Simon[1]) durch seine „Kolporrhaphia posterior", bei welcher er die Scheidennaht mit der Dammnaht verband. Er frischte ähnlich an wie Baker Brown, nur ergiebiger und weiter in die Scheide hinein. Es entstand dabei eine fünfeckige Figur, deren Basis im Introitus vaginae leicht bogenförmig gestaltet war. Ganz ähnlich ist das Verfahren von Hegar[2]). Modificirte Verfahren sind angegeben unter anderen von Spiegelberg[3], welcher mit

[1]) Prag. Vierteljahrsschr. 1876. Bd. III.

[2]) Hüffell l. c.

[3]) Berlin, Klin. Wochenschr. 1872. Nro. 22-23.

der Kolpoperineorrhaphie noch die Vereinigung beider Scheidenwände verband, indem er den vorderen Theil der vorderen Scheidenwand an den oberen Theil der hinteren Wand annähte, um so die Cystocele zu beseitigen. Ganz ähnlich ist das Neugebauer'sche Verfahren, Kolporraphia mediana [1]), bei welchem oberhalb der Vaginalportion Stücke aus der vorderen und hinteren Scheidenwand excidirt und die Ränder der Wunden durch die Naht vereinigt werden. Es ist dasselbe Verfahren wie das von Lefort angegebene. — Das Verfahren von Martin [2]) besteht darin, dass er an beiden Seiten der Columna rugarum posterior rautenförmige Stücke excidirt, die Ränder quer vereinigt und daran die Episiorrhaphie anschliesst. Ganz ähnlich ist das von Bischoff [3]) angegebene Verfahren. Von neueren Autoren ist noch zu erwähnen Simpson und als sehr zweckmässige Methode die von Lawson Tait.

Die Erfolge, die durch die verschiedenen Operationen erzielt wurden, zeigten bald, dass die Verbindung der Scheidennaht mit der Dammnaht das Hauptverfahren gegen den Vorfall darstellen müsse (Hegar). Als zweckmässige Hülfsoperationen sind oftmals die Kolporrhaphia anterior et posterior und die Excisio colli nicht zu entbehren.

Was die Versuche angeht, den Vorfall durch Herstellung der insufficient gewordenen Bauchfellbefestigungen zu heilen, so haben dieselben bislang nur wenige befriedigende Resultate erzielt. Die Mittheilungen Müllers [4]) über die ventrale Fixation des prolabirten Uterus sind wenig ermuthigend, indem nur in wenigen Fällen Scheide und Uterus dauernd zurückgehalten wurden. Auch die Methoden von Leopold, Alexander und anderen haben nicht das gehoffte Ziel erreichen lassen. Es ist aber zu bedenken, dass in manchen Fällen von Uterusvorfall eine derartige Betheiligung des Bauchfelles und seiner

[1]) Centralbl. für Gyn. 1881. Nro. 1 und 2. [2]) Volkmanns Samml. Klinisch. Vorträge. Nro 183 u. 184. [3]) Banga, Die Kolpoperineorrhaph. nach Bischoff. Basel 1875. [4]) Freund, 62. Versamml. deutsch. Naturf. etc. Heidelberg 1889.

Duplicaturen, besonders seitens der Excavatio recto-uterina statthaben kann, dass alle Versuche, den Vorfall durch die Kolpoperineorrhaphie und die verschiedenen Hülfsoperationen allein zu beseitigen, unmöglich und nutzlos sein können, so dass man nothgedrungen das Bauchfell einem operativen Eingriffe unterziehen muss. Für solche Fälle ist die Freund'sche Operation geschaffen, welche ich im Folgenden auseinander setzen werde. Die Resultate sollen demnächst an der Hand der einzelnen Fälle erläutert werden.

Die Operation wird ausgeführt in der Chloroformnarkose und in Rückenlage, unter Benutzung der Sänger'schen Beinhalter. Nach sorgfältigster Desinfection wird die hintere Lippe mit einer Muzeux'schen Hakenzange gefasst und gegen die Symphyse in die Höhe gezogen. Darauf wird das invertirte Laquear posterius nahe der hinteren Grenze der hinteren Lippe mit einem bogenförmigen Schnitte, dessen Concavität nach oben zeigt, tief und fast in der ganzen Breite des Prolapses incidirt. Zunächst hat man dann die hierbei auftretende Blutung zu stillen durch Unterbindungen und Umstechungen: darauf vergewissert man sich durch Eingehen mit einem Finger in die Incisionswunde, ob Netz oder Dünndarmschlingen vorgefallen sind. Sind solche vorhanden, so werden sie mit einem Schwamme zurückgedrückt. In der Höhe des inneren Muttermundes wird sodann eine feine Seidennaht in der Retractorengegend seitlich durch den Überzug des Uterus und von da in das seitliche Peritoneum des Douglas gelegt und festgeschnürt, und zwar sowohl rechts wie links. Dann wird noch durch eine horizontale Naht die hintere Fläche des Cervix in gleicher Höhe fixirt. Der Cervix uteri steht jetzt am Promontorium, der Uterus befindet sich in starker Anteflexion. Hierauf schliesst man die Laquearwunde durch Silberdrähte und durchstösst das Laquear posterius zum zweiten Male ziemlich nahe an der Spitze des Prolapses quer und umsäumt die Schnittränder bei stärkerer Blutung. In den so zum zweiten Male eröffneten Douglas führt man sodann

behufs Verödung desselben einen Jodoformgazetampon ein, dessen unteres Ende aus der unteren, nicht geschlossenen Laquearwunde heraussieht. Den Schluss der Operation bildet eine ergiebige Irrigation der Scheide.

Die Nachbehandlung ist überaus einfach. In den ersten Tagen nach der Operation lagert man die Operirte energisch auf die Seite, damit kein Druck der Eingeweide auf die Nahtwunde möglich ist. Der Urin wird, wenn nöthig, per Katheter geholt. Zur Vermeidung von Koprostase reicht man in der ersten Zeit nur flüssige oder breiige, aber kräftige Nahrung und sorgt für täglichen Stuhlgang, indem man nöthigenfalls Curella oder Ol. Ricini reicht. In den ersten Tagen hat täglich eine Irrigation der Scheide und des Douglas zu erfolgen, nachdem man aus beiden am zweiten Tage den Tampon entfernt hat. Nach 10—14 Tagen, binnen welchen die Verödung des Douglas erfolgt, entfernt man die Drähte und nach weiteren 8—10 Tagen kann man der Patientin gestatten, täglich einige Zeit ausserhalb des Bettes zuzubringen. Jetzt darf man zur Vervollständigung der Behandlung eine Dammplastik folgen lassen, wie sie es der meistens insufficiente Schlussapparat der Scheide erfordert.

Im Folgenden erlaube ich mir, die durch vorstehende Methode in den einzelnen Fällen gewonnenen Resultate mitzutheilen.

Fall I.

Anamnese: Marie Goussy aus Gebenheim, 26 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie. Sie überstand im 16. Jahre einen Typhus; kurz nachher wurde sie menstruirt. Die Regel war immer sehr stark, in Zwischenräumen von 3—4 Wochen, oft 8 Tage lang dauernd. Dabei bestanden stets heftige Schmerzen im Kreuz und Unterleib, starkes Kopfweh. Der Regel ging stets Fluor albus voraus. Pat. hat weder Geburt noch Abort durchgemacht. Pat. führte ihr Leiden darauf zurück, dass sie vor mehr als 6 Jahren eine schwere Last tragen musste, worauf sich ein kleiner, damals eigrosser Vorfall einstellte,

der seit mehr als 3 Jahren beständig blieb. Dieser Zustand hinderte Pat. in ihrer Beschäftigung ausserordentlich, da sie als Weberin in einer Fabrik den ganzen Tag über stehen und angestrengt mit den Armen arbeiten musste. Da heftiges Brennen und Stechen in dem vorgefallenen Theile, Ziehen und Drängen nach unten, sowie Schmerzen beim Wasserlassen auftraten, so suchte Pat. Hülfe in der hiesigen Klinik nach, in welche sie am 1. 12. 88 aufgenommen wurde.

Status: Mittelgrosse, schwach genährte Person mit gracilem Skelet. Auffallend grosser Schädel mit sehr niedriger Stirn. Kurze Extremitäten. Unbedeutender Exophthalmus. Leichte Vergrösserung der Schilddrüse. Herzaction leicht erregbar. Puls weich, regelmässig. Brustorgane durchaus gesund. Keine Oedeme; nur während der Menstruation sollen die Füsse ab und zu anlaufen. Abdomen normal gewölbt, weich, nirgends schmerzhaft. Die genaue Untersuchung der Brust- und Bauchorgane gab abnorm tiefe Stellung sämmtlicher Organe. Stand des Zwerchfelles links am Rande der 7. Rippe; ebendort der Spitzenstoss. Leberdämpfung unterhalb der Rippen beginnend bis zum Nabel hin. Über kindskopfgrosser Vorfall der Scheide und Uterus. Schleimhaut stark geröthet und verdickt. An der unteren Fläche ein ungefähr zweimarkstückgrosses Decubitusgeschwür. Damm nicht zerrissen, aber sehr schlaff und kurz. Columna rugar. post. direct vor ihm; beide Laquear völlig invertirt. Orificium urethrae nicht verschoben; leichter Prolaps ihrer vorderen Schleimhautwand. Länge des ganzen Prolapses 15 cm. Fast an der Spitze desselben eine kaum stecknadelkopfgrosse, wenig eingezogene Öffnung, aus der deutlicher Cervixschleim hervorquoll, also das stenotische virginale orificium externum. Im Prolaps die ungemein verlängerte Portio supravaginalis fühlbar. Bedeutende Cystocele, in der sich, ohne dass Pat. es bemerkte, mitunter ansehnliche Quantitäten leicht trüben Urines ansammelten.

Zunächst wurden Umschläge mit Vin. camphor. und Bettruhe verordnet. Am 6. 12. 88 wurde das Orific. extern.

nach beiden Seiten hin incidirt, worauf sich reichlicher Cervixschleim entleerte. Der Vorfall wurde reponirt und ein Tampon in die Scheide eingelegt. Beides wurde gut vertragen und der Vorfall gut zurückgehalten. Vom 13.—17. wurde Pat. menstruirt, mässig stark. Heftige Schmerzen traten schon vor der Blutung auf und bestanden auch während derselben. Die den Prolaps umgebenden Theile waren stark ödematös. Starker Kopfschmerz bestand während der ganzen Zeit. Die Temperatur stieg Abends bis zu 40,2 ° an und das Befinden der Pat. war kein zufriedenstellendes. Mit Sistiren der Blutung trat auffallend rasch das frühere Wohlbefinden wieder ein. Während der Regel unterblieben sowohl Tamponade als auch Reposition.

Vom 25. 12. 88 wurde die Massage des Uterus vorgenommen. Der reponirte und antevertirte Uterus wurde von aussen gefasst und langsam bis zum Nabel heraufgeführt. Gleichzeitig forcirte Ab- und Adduction der Schenkel bei passivem Widerstande der Pat. Der Vorfall wurde gut zurückgehalten durch Tamponade und „Hohe Lagerung“. Vom 19.—22. 1. 89 verlief die Regel mässig stark, ohne wie früher mit hohen Temperaturen einherzugehen. Ausspülungen, Massage und Tamponade unterblieben natürlich während dieser Zeit. Hohe Lagerung allein genügte zur Zurückhaltung des Vorfalles. Beim Stuhlgang fiel er regelmässig vor, war aber leicht zu reponiren. Sehr schmerzhaft war er zur Zeit der Regel, sobald er vorgefallen. Die Schmerzen im Allgemeinen, die früher zur Zeit der Regel ausserordentlich heftig waren, sind verhältnissmässig sehr gering geworden.

Da bei der Starrwendigkeit des Bauches die Massage wenig Erfolg versprach, so wurde dieselbe vom 26. 2. 89 ausgesetzt, dagegen ein Zwanck'sches Pessar eingelegt; welches zwar den Vorfall gut zurückhielt, aber nach 8 Tagen rechts und links an der hinteren Vaginalwand kleine Ulcerationen und am Rectum eine kleine Fissur verursachte. Es wurde deshalb entfernt und am 7. 3. 89 behufs Verengerung

des sehr erschlafften und weiten Scheideneinganges die Kolporrhaphia anterior et posterior, die letztere nach Tait ausgeführt. Die Heilung verlief ohne Zwischenfälle.

Vom 10.—14. 3. verlief die Regel sehr schwach, bei ungestörtem Wohlbefinden der Patientin. Letztere verliess das Bett am 25. 3 (mit Tampon). Beim Herumgehen und besonders beim Stuhlgang prolabirte die Portio und ein Theil beider Scheidenwände in der Grösse eines kleinen Apfels und am 31. 3 war der Totalprolaps wieder vorhanden, als ob gar nicht operirt worden wäre. Eine feine weisse Narbe zeigte die Stelle der Kolporrhaphia anterior an, während ein dicker, fast daumengliedgrosser Bürzel an der hinteren Wand den einzigen Effect der Tait'schen Operation bildete.

Am 15. 4. trat die Regel ein, stärker als das letzte Mal und mit erheblichen Schmerzen verbunden. In dieser Zeit konnte man in dem sehr grossen Prolaps hinter dem Uterus ein Packet Darmschlingen sehr deutlich fühlen. Nachdem am 20. 4. die Regel beendet war, wurde am 23. 4. an der Pat. die oben auseinandergesetze Operation ausgeführt. Dieselbe gründete sich auf der Anschauung, dass der Prolaps hier hauptsächlich auf dem Drucke der Eingeweide, in specie des Darmes beruhe. Letzterer hat das Peritoneum des Douglas'schen Raumes ad maximum gedehnt und nach unten vorgeschoben, so dass er in dieser tiefen Tasche wie in einem Bruchsacke lagert. Der Plan der Operation ist der, diesen „Bruchsack" zu verkürzen und den Uterus an annähernd normaler Stelle zu fixiren.

Die nach obigem Modus ausgeführte Operation ging ohne Störung von Statten. Die Nachbehandlung zeigte nichts Auffallendes, abgesehen vielleicht von einer Steigerung der Abendtemperatur in den ersten Tagen bis auf 38,8, die jedoch auf vorsichtige Ausspülung des Operationsfeldes rasch wieder zurückging. Das Allgemeinbefinden war zufriedenstellend.

Täglich wurde die Scheide und die sich gut verkleinernde Höhle mit Creolin ausgespült. Urin musste stets per Katheter geholt werden.

Am 11. 5. 89. ergab die Untersuchung den Stand der Blase halbhandbreit über der Symphyse, ebenso hoch stand der Uterus. Die Portio war per vaginam nicht zu erreichen. Keine Spur von Prolaps. Die Eingeweide liegen nicht mehr alle im unteren Bauchtheil; Leber steht nur noch einen Finger breit unter dem Rippenbogen.

15. 5. Der Levator und Sphincter ani zeigte sich bei der Untersuchung sehr schlaff. Es wurden deshalb Strychnininjectionen von 0,001 und Electrisiren verordnet. Daneben Übung der Beinmuskeln.

Am 21. 5. verliess Pat. das Bett; das Gehen wurde ihr sehr mühsam.

Unter leichten Schmerzen in den beiden Leistenbeugen trat am 30. 5. die Regel ein und war am 4. 6. nach mässig starkem Verlaufe beendet. Portio hoch oben in der Nähe des Promontoriums. Vom Elektrisiren musste abgesehen werden, da bei der Ungeberdigkeit der Pat. eher das Gegentheil des gewollten resultirte.

Nachdem bis zum 15. 6. nur einige Mal beim Herumgehen ein Theil der hinteren Vaginalwand sammt dem durch die Tait'sche Operation geschaffenen Bürzel prolabirte, trat an diesem Tage beim Stuhlgang eine Inversio eines weit grösseren Theiles ein, sodass die in der Nähe der Portio gelegene Querincision des Laquear in der Vulva erschien. Die Reposition gelang sehr leicht.

Die am 17. 6. vorgenommene Untersuchung ergab; Portio vaginalis sehr klein, hoch oben in der Nähe des Promont. fixirt; Uterus überraschend klein, zeigte eine leichte Neigung nach rechts seitlich und hinten. Alleiniger Prolaps des in der hinteren Scheidenwand gelegenen Bürzels. Beckenboden abnorm dünn und schlaff. Zunächst wurde die unterste Kuppe besagten Bürzels in der Ausdehnung eines Daumengliedes amputirt und einer benachbarten angefrischten Stelle der hinteren Vaginalwand angenäht. Tamponade mit Jodoformgaze.

22. 6. Starke Schmerzen; Brennen in der Wunde; Genitalia externa stark ödematös geschwollen.

Am 1. 7. keine Schmerzen mehr, die Schwellung der Genitalien hat bedeutend nachgelassen.

Die am 8. 7. vorgenommene Untersuchung ergab: Portio klein, atrophisch, etwa in der Höhe des Promont. breit und fest fixirt. Uterus ebenfalls atrophisch, in toto retroponirt, beweglich. Der bei der vorigen Operation angefrischte Bürzel gut angewachsen. — Es wurde eine sehr ausgedehnte Partie der hinteren Scheidenwand und jenes Bürzels bis ziemlich weit in die äussere Haut hinein angefrischt, sodass eine Anfrischungsfigur entstand wie bei der Freund'schen Perineorraphie. Der Bürzel bildete dann also eine neue Columna rugarum posterior. Die Drahtnähte wurden auch in derselben Weise angelegt, wie bei der erwähnten Operation, so dass schliesslich das untere Ende des Bürzels am Zusammenstoss der beiden Seitennähte gelegen war. Von da ab nach unten wurden sehr tiefgreifende, quere Drahtnähte gelegt. Schliesslich war die Vulva so verengt, dass man nur mit Mühe den kleinen Finger einführen konnte. — Zum Schluss Irrigation und Jodoformgazetampon. — Wundheilung ganz normal. Während derselben trat die Regel ein, äusserst schwach, nur in wenigen hellen Tropfen und zwar 4 Tage zu früh. — Am 29. 7. wurde der Rest der Drähte ziemlich mühsam entfernt; allenthalben prima reunio; Vulva eng geschlossen; zeigte unbedeutendes Oedem.

3. 8. Pat. stand auf; konnte gut herumgehen; keine Spur von Prolaps. Vulva sehr eng. Ihr Oedem zurückgegangen durch Bleiwasserbehandlung. Bürzel fest eingeheilt. Uterus unverändert hochstehend, wie früher beschrieben.

3. 9. Die Regel fand statt vom 13.—16. 8.; mässig, schmerzlos. Die vorher ödematösen Labien zum Normalzustande zurückgekehrt. Dabei zeigte sich, dass die vordere

Columna doch wieder etwas prolabirte. Es wurde deshalb die Kolporrhaphia anterior ausgeführt und zwar ohne Narkose.

Am 14. 9. ist die Wunde aufs Beste verheilt.

17. 10. 89. Prolaps der vorderen Wand nicht mehr zu erkennen. Da aber Pat. behauptete, das Gefühl des Vorfalles zu haben, so wurden statt der Kolporrhaphia anterior nur zwei elliptische Längswülste neben der Urethra entfernt und die Wunde durch Quernähte vereinigt. An der hinteren Vaginalwand und der Dammhaut wurde unterhalb der neugebildeten Columna posterior eine Operation nach Lawson-Tait gemacht. Ebenfalls Vereinigung durch Quernähte.

21. 10. 89. Mehrfach täglich Ausspülungen der übelriechenden Wunde mit Sublimat. — Zum ersten Mal Urin spontan.

24. 10. Ausspülung der Scheide mit dem Fritsch'schen Katheter. Reinigung derselben von dem stagnirenden und sich zersetzenden Secrete. Täglich Ausspülung mit Creolin.

6. 11. Die letzten Drähte entfernt. Überall prima reunio.

12. 11. 89. Pat. wurde entlassen, kehrte aber zu ihrer Fabrikarbeit nicht wieder zurück. — Geistig ist sie so beschränkt, dass sie während des ganzen Jahres ihres Klinikaufenthaltes nicht die gewöhnlichste der weiblichen Handarbeiten erlernen konnte. Sie kann nur ihre gewöhnliche Fabrikarbeit verrichten. — Körperlich hat sie sich vortrefflich erholt. Die Anaemie, Schlaffheit und Schwäche, das gebeugte Gehen, sind überwunden. Der ganze Körper hat ein zusammengefasstes, lebendigeres Aussehen bekommen. Vor Allem ist der Bauch normal conformirt, nicht aufgetrieben. Die genauere Untersuchung der Brustorgane ergibt ein völlig normales Stehen des Zwerchfelles. Die Leber schneidet mit ihrem unteren Rande am Rippenbogen ab. Urin und Stuhl werden geregelt und pontan täglich gelassen. Die Vagina ist so eng geschlossen, dass man bequem nur einen Finger einführen kann; der Verschluss reicht bis nahe an die Urethra. Das Oedem der Vulva ist völlig geschwunden und kehrt auch beim

Herumgehen der Pat. nicht wieder. Fühlt man in die Vagina, so constatirt man eine Menge von ziemlich starken, säulenartigen Wülsten, besonders den der hinteren Scheidenwand, dessen unteres Ende noch besonders in der Vagina fixirt ist. Auf seinem oberen Ende ruht, mit dem Finger eben erreichbar, die kleine, atrophische, nur wenig bewegliche Portio vaginalis. Sie liegt dem Kreuzbein, unterhalb des Promontoriums, eng an und sieht nach unten. — Der Uterus ist klein, etwas atrophisch, antevertirt, ein wenig nach rechts gedreht, aber wenig beweglich, da er mit dem Promontorium ziemlich ausgedehnt verbunden. Per rectum fühlt man alle diese Verhältnisse sehr deutlich. — Regel verlief beim letzten Male sehr gut, ohne Fieber, ohne den widerlichen Geruch, der früher bemerkt wurde, ohne Schmerzen.*)

Fall II.

Anamnese: Wittwe Josephine Geiger, 60 Jahre alt, aus Hainfeld bei Landau. — Vater der Pat. starb an Lungenentzündung; Mutter an Altersschwäche; 8 Geschwister sind gestorben; eine Schwester lebt und ist gesund.

Pat. litt schon öfters an Bluthusten, sonst war sie ganz gesund. Menstruirt wurde sie mit 19 Jahren. Die Periode kam alle 3 Wochen, dauerte 6—7 Tage, ziemlich profus, ohne Schmerzen. Geboren hat Patientin zweimal; letzte Geburt vor 36 Jahren, die erste ein Jahr vorher. Das erste Kind wurde vom Arzte mit der Zange extrahirt. Nach dieser Geburt war Pat. ein Vierteljahr schwer krank. Die zweite Geburt verlief leicht und normal, ebenso das Wochenbett. Das erste Kind starb ein halbes Jahr nach der Geburt; das zweite lebt und ist gesund. — Menopause im 50. Lebensjahre. Das jetzige Leiden datirt von der ersten Geburt. Pat. fühlte, dass sich etwas nach unten senke und hatte unbe-

*) Nach ca. ½ Jahre trat Recidiv ein, welches nach einer persönlichen Mittheilung des Prof. Hegar in Freiburg an Herrn Prof. Freund, durch eine Dammplastik beseitigt wurde.

stimmte Beschwerden. Seit 3 Jahren ist der Vorfall beständig. Seit 2 Jahren trägt Pat. eine Bandage. Durch das Tragen derselben bekam sie starken Fluor albus. Seit einigen Jahren leidet Pat. auch öfter an geschwollenen Beinen. Stuhlgang war immer regelmässig. Seit der Vorfall beständig wurde, hat Pat. Urinbeschwerden.

Status: Pat. ist eine grosse, kräftig angelegte, mässig ernährte Frau; nicht fiebernd, nicht anämisch. Auf der Haut des Bauches und der Schenkel vielfache Excoriationen. Altersemphysem der Lunge. Untere Grenze derselben rechts am unteren Rande der 6. Rippe. Herzdämpfung fast vollständig bedeckt. Herztöne schwach, aber rein. An der Spitze der linken Lunge vorn und hinten eine Verdichtung mit Dämpfung, verlängertem hauchenden Exspirium und seltenem trockenen Rasseln. Reichlicher gelber, zäher Auswurf. Abdomen sehr schlaff, etwas hängend. Leber über einen Querfinger zu tief. Rechte Niere zu tief. Linke Niere und Milz nicht nachweisbar. Sonst nirgends Dämpfung oder Schmerzhaftigkeit. Grosser Prolaps der Scheide und des Uterus, bis zur Grösse eines mässigen Apfels, wurde bisher, wenn auch unzureichend, zurückgehalten durch ein Hysterophor. Alter vernarbter Dammriss bis fast in die Mitte des sehr erschlafften Dammes. Die prolabirte Scheide völlig invertirt, stark geröthet und verdickt. Der äussere Muttermund liegt vor der Vulva, trägt eine markstückgrosse, blaurothe, mit Borken und Vertiefungen besetzte Erosion. Grosse Cystocele, kleine Rectocele. In dem Prolaps fühlt man den lang ausgezogenen, kaum fingerdicken Cervix. Uterus zäh, atrophisch, stark verlängert, liegt mässig retrovertirt, mit leichter Biegung nach links. Beckenbindegewebe ganz atrophisch; kein Exsudat. Sonde dringt in die mässig erweiterte Höhle bequem 11 cm. — Pat. wurde am 6. 6. 88. in die hiesige Klinik aufgenommen.

Es wurden Sitzbäder verordnet, Ausspülungen, Curella, Diät, Bettruhe.

11. 6 88. Cervix bedeutend abgeschwollen, Decubitus geheilt. Neugebauer'sche Operation ohne Narkose. Aus der vorderen und hinteren Vaginalwand wurde je ein über markstückgrosses, ellipsoidisches Stück Schleimhaut excidirt. Die hintere Vaginalwand war ad maximum verdünnt. Blutung sehr unbedeutend. Beide Anfrischungen wurden durch in Achtertouren eingelegte lange Drahtsuturen vereinigt. Nach der Operation Vorfall gänzlich beseitigt. Tamponade mit Jodoformgaze.

20. 6. Bisher reactionsloser Verlauf, nur selten waren Ausspülungen nöthig. 2 Drähte wurden entfernt, die übrigen aber wegen Neigung zur Blutung noch belassen.

23. 6. Sämmtliche Drähte entfernt. Prima reunio. Keine Spur von Prolaps.

24. 6. Nach Verlassen des Bettes keine Prolapsbeschwerden. Deshalb wurde Pat. am 29. 6. entlassen. Subjectiv keine Beschwerden. Von Prolaps nichts zu constatiren. Durch den breiten Vereinigungswall beider Scheidenwände ist die Vagina in eine weitere linke und eine schmälere rechte Abtheilung getheilt, die communiciren. Kein Fluor.

2. 8. 88. Wiederaufnahme: In den ersten Tagen nach der Entlassung vom 29. 6. fühlte sich Pat. wohl, hatte keine Beschwerden von Seiten des Prolaps und verrichtete alle ihre häuslichen Arbeiten, wobei sie viel stehen musste. 4 Tage nach der Entlassung bemerkte Pat. Abgang von wenig frischem hellrothen Blut aus der Scheide, was sie jedoch nicht besonders beachtete. Etwa 8 Tage später, als Pat. Kuchenteig machte, stellte sich stärkerer Blutabgang aus der Scheide ein und als Pat. nachsah, bemerkte sie, dass die Operationswunde geplatzt und der Vorfall wieder zum Vorschein gekommen war. Seitdem stellten sich die alten Prolapsbeschwerden wieder ein.

Status: Wieder ziemlich grosser Prolaps, etwa von der Grösse eines Apfels. Diesmal war aber lediglich die vordere

Vaginalwand betroffen, an der in der Nähe der Urethra die frühere, jetzt geschrumpfte, mit frischen Granulationen besetzte Anfrischung sichtbar war. Die Anfrischung der hinteren Wand war geheilt. Letztere prolabirte nicht. Uterus altersatrophisch, retroponirt, aber gestreckt, beweglich.

6. 8. 88. Kolporrhaphia anterior ohne Narkose. Ziemlich grosses myrthenblattförmiges Stück angefrischt, abgeledert und quer mit fortlaufender Catgutnaht vereinigt. Keine Blutung. Jodoformgazetampon.

20. 8. Die Heilung erfolgte ganz reactionslos. Wunde per primam vereinigt. Die vordere Vaginalwand aber bereits wieder soweit, dass ein kirschengrosses Stück in der Vulva bei Bettlage sichtbar wurde. Pat. verliess das Bett.

21. 8. Prolaps der vorderen Scheidenwand hat sich seit gestern vermehrt, und wenn er auch bei weitem nicht dasselbe Maass hat wie vor der Operation, so genirt er doch. Es wurde ein Mutterring eingelegt.

23. 8. Der Ring ist herausgefallen. Prolaps der vorderen Wand wie am 21. 6., hintere Wand fest im Becken. Ein trockener Tampon mit Alaun genügt zur Zurückhaltung des Vorfalles.

26. 8. Pat. tamponirt sich selbst und wird entlassen.

16. 5. 89. Wiederaufnahme: Schon bald nach der letzten Operation stellte sich der Prolaps wieder her. Durch einen Husten im Herbste wurde derselbe noch vergrössert. Seit letzter Zeit starker Drang zum Stuhl- und Urinlassen. Stuhlgang unregelmässig. Urin spontan, wird sehr häufig gelassen. Brennen beim Uriniren. Seit 2 Monaten nach dem Stuhlgang geringes Urinträufeln.

Status: Inversion der Scheide und Prolaps des Uterus. Im ganzen eine apfelgrosse Procidenz. Schleimhaut geröthet und verdickt. Portio cervicalis sehr verlängert. Uterus

schlaff, retrovertirt, ca. 2 ½ cm. lang. Cystocele, mässige Rectocele. Beim Herunterziehen des Cervix sind beide dünne Retractoren schlaff und tiefgesenkt zu constatiren. Douglas sonst nicht gekennzeichnet; es sind keine Därme darin enthalten.

21. 5. 89. Bei der Operation, die nach dem angegebenen Modus ausgeführt wurde, musste man beim ersten Querschnitt sehr vorsichtig in die Tiefe dringen, da das Rectum, wie sich per Rectum ergab, sehr nahe unter die Portio heranreichte. Der Douglas war weit und schlaff, aber nicht besonders descendirt. Intestina nicht prolabirt. Die Operation ging ohne Zwischenfall und fast ohne Blutverlust gut von Statten.

5. 6. 89. Völlig reactionsloser Verlauf; Temperaturen nie über 37,9. Gutes Allgemeinbefinden, guter Appetit. Stuhl nur auf Curella. Urin dagegen schon am Operationstage spontan. Es wurden sämmtliche Drähte aus dem Laquear entfernt, was ziemlich schwierig war, da dasselbe hoch bis in die Gegend des Promontoriums emporgezogen war und an der Nahtstelle eine tiefeingezogene Falte bildete.

Völlige Prima reunio. Portio weit hinten am os sacrum und sehr hoch elevirt. Uterus tief antevertirt, beweglich. Nur die vordere Scheidenwand unbedeutend descendirt.

Am 6. 6. verliess Pat. das Bett. Kein Prolaps. Eine am 17. 6. vorgenommene Untersuchung ergab: Portio sehr hoch und weit nach hinten. Uterus klein, tief antevertirt. Da aber der Beckenboden sich als höchst atrophisch und schlaff erwies, so dass die Vulva noch immer weit klaffte, so wurde eine Verengerung vorgenommen und zwar durch die Tait'sche Operation. Sehr breite Anfrischung bis in die Haut hinein. Septum auffallend dünn, nicht blutreich. Quere Vereinigung durch Drahtnähte. Der restirende Bürzel durch 2 Nähte geschlossen. Vulva war schliesslich so eng, dass man nur mit Mühe einen Finger einführen konnte.

25. 6. Die Dammnähte werden entfernt, wobei mässig reichliche, eiterige Flüssigkeit austrat. Die Anfrischung war nur in der Tiefe verheilt, die Hauträuder standen mässig von einander ab. Immerhin Vulva gut verengert. Keine Spur von Prolaps. Jodoformbehandlung.

5. 7. Wunde per secundam fast völlig geschlossen. Keine Beschwerden.

19. 7. Pat. hustete, nachdem sie aufgestanden war, viel hellrothes Blut.

21. 7. Der Bluthusten wiederholt sich noch zweimal. Pat. fühlte sich matt und schläfrig. Foetor ex ore. Eis auf die Brust und Morphin. Kein Fieber.

23. 7. Keine Haemoptoë mehr. Über der rechten Lungenspitze klingendes Rasseln. Dieselbe Therapie. Kein Fieber.

25. 7. Pat. stand auf. Kein Husten. Die Dammwunde heilt langsam per secundam.

29. 7. 89. Pat. wurde auf ihren Wunsch entlassen. Kein Husten mehr. Über den Lungen nichts Neues nachzuweisen. Keine Heiserkeit. Pat. ist aber in den letzten Tagen entschieden abgemagert. Sie fühlt sich nicht schwach, geht herum, klagt nicht und ist vor allen Dingen zufrieden, dass kein Prolaps mehr besteht. Die Portio vaginalis ist atrophisch zu nennen; schmal, fast in der Höhe des Promontoriums, fest angewachsen und zwar mit der ganzen hinteren Fläche etwas über das orificium internum hinaus. Uterus klein, altersatrophisch, median, ein wenig nach rechts abgewichen, antevertirt. Keine Spur von Prolaps. Auch die Scheide descendirt nicht. Nur der Hautdamm ist nicht gut verheilt, reinigt sich aber, und schliesst sich per secundam durch reichliche Granulationen.

Dieselbe Operationsmethode, welche in den beiden vorstehenden Fällen von Prolapsus uteri benutzt wurde, hat ihre Anwendung gefunden in einem Falle von Retroflexio uteri, dessen Geschichte ich hier sofort folgen lasse.

Fall III.

Anamnese: Ehefrau Marie Köninger aus Ober-Fassbach, 29 Jahre alt. Vater starb im Jahre 1877 an einer Lungenentzündung, Mutter an Typhus. 2 Brüder leben und sind gesund. Als Kind war Patientin stets gesund. 10 Jahre alt hatte sie die Rötheln. Die Periode begann im 18 Jahre, war nicht sehr reichlich, ohne Schmerzen, gewöhnlich 3 Tage dauernd und mitunter nach dreiwöchentlicher Pause wiederkehrend. 21 Jahre alt verheirathete sich Pat. und gebar 5 lebende Kinder. Geburten und Wochenbetten waren normal. Sie stand stets am 10. Tage auf. Bei der letzten Niederkunft holte ein Arzt 3 Stunden nach der Geburt des Kindes die Placenta durch Eingehen der Hand in den Uterus. 14 Tage vor Michaelis hatte Pat. einen Abort im 3. Monat. Pat. blieb 12 Tage im Bett; beim Aufstehen fühlte sie Schmerzen im Kreuz und im Gesäss, Drängen nach unten. Nach und nach stellte sich Brennen beim Urinlassen ein, Harndrang, so dass Pat. alle halbe Stunde Wasser lassen musste. Die Regel blieb bis Ende November aus. Als dieselbe wiederkehrte, war sie sehr reichlich und dauerte 7 Tage, war auch mit heftigen Schmerzen im Unterleib und Drängen nach unten verbunden. Seit dieser Zeit war Pat. bettlägerig. Ein Arzt constatirte eine Lageveränderung und Entzündung des Uterus; versuchte erstere zu beseitigen, doch gelang ihm dieses nicht dauernd. Im Laufe dieses Winters war die Periode regelmässig, sehr reichlich, stets von Schmerzen im Kreuz und im Uterus begleitet. Ausserdem bestand ein reichlicher Fluor albus. Der Appetit war schlecht; kein Erbrechen bei häufiger Brechneigung. Stuhl nur durch Bitterwasser und dergleichen zu erhalten, dabei kolikartige Schmerzen im Abdomen. Ein Ring wurde nie eingelegt. — Wegen dauernder Beschwerden kam Pat. in die hiesige Klinik und wurde am 15. 1. 83 aufgenommen.

Status: Emphysemartige Thoraxform, dem entsprechend Leberrand an der 8. Rippe. Herz etwas bedeckt. Bei reinen

Herztönen der 2. Pulmonalton etwas accentuirt. An den Lungen sonst nichts Abnormes nachweisbar. Keine Milzschwellung. Die Leber nicht vergrössert. Etwas schlaffe Ernährung. Ziemlich bedeutende Struma parenchymatosa beiderseits, besonders rechts. Das Becken erscheint nach der inneren Austastung auffallend weit; Zellgewebe schlaff und atrophisch. Uterus in Retroflexion mit leichter Neigung nach rechts; . ist mit seiner Portio noch 2 cm von der Spmphyse entfernt, also Retroflexio und Retropositio. Die vordere Lippe ist auffallender Weise nicht verkürzt. Leichter Cervixriss links, vernarbt. Der Uterus im Ganzen weich infiltrirt. Das Coecum tief im Becken. Infiltrirte Exsudate sind nirgends da. Die Aufrichtung manuell gelingt leicht. Uterus auffallend beweglich. Vergrösserung der Ovarien existirt nicht.

Beckenmaasse: Spin. il. 27 cm. Crist. il. 30 cm. Troch. maj. 32 cm. Conj. ext. 19½ cm.

Es wurde ein Hodge'sches Pessar eingelegt, Form nach Thomas.

21. 1. 83. Pat. war den ganzen Tag auf und ging mit dem Ringe herum. Sie hatte dabei Beschwerden, die von Zeit zu Zeit sich steigerten. Keine Harnverhaltung. Dem Stuhl musste durch Einläufe nachgeholfen werden. Appetit und Schlaf gut. Die Menstruation vom 25. bis 29. 1. war sehr reichlich, mit Kreuzschmerzen verbunden.

1. 3. 83. Das Pessar lag im Allgemeinen gut. Pat. verspürte jedoch noch immer ein unerträgliches Drängen nach unten, Schmerzen im Kreuz wie Nachwehen. Ausserdem bestand reichlicher Ausfluss. — Es wurde ein neuer Ring eingelegt, nach Mayer. — Derselbe hält den Uterus ausgezeichnet in Anteversion. Pat. wurde am 8. 3. 83. entlassen.

12. 2. 89. Wiederaufnahme. Pat. hat den Ring stets getragen, obwohl ab und zu Schmerzen auftraten. Sie nahm denselben später heraus und führte ihn auch selbst ein. Da

die Beschwerden wieder zunahmen, kam sie zur Aufnahme. Der Ring, der im vorderen Laquear lag, wurde entfernt. Leichte Aufrichtung.

13. 2. 89. Vagina sehr lang und besonders im Laquear-theile ganz ungemein stark ausgebuchtet und verdünnt. Laquear entschieden nur sehr lose befestigt. Portio eingerissen, sehr schlaff, etwas verlängert, vordere Lippe kürzer als die hintere. Muttermund klaffend, ebenso der Cervix, in welchen man einen Finger bis in die Gegend des orificium internum einführen kann. Uterus in vollkommener Retroflexio, sehr schlaff, fast weich, abnorm mobil, nicht schmerzhaft, sehr leicht aufzurichten. Seine Umgebung frei, jedoch sind die Befestigungsbänder ungemein stark gedehnt und gelockert. Kein Prolaps. Urin normal. Andauernde Schmerzen im Kreuz und in den Beinen. — Es wurde ein breites Hodge'sches Pessar, grösste Nummer, eingelegt.

14. 2. 89. Beschwerden unverändert; Uterus über das Pessar zurückgesunken. Das Pessar wurde entfernt. — Uterus lässt sich von der Vagina aus bis in die Nabelhöhe emporddrängen. Wird er dann von einem Assistenten nach Thure Brand durch die Bauchdecken gelüftet, so kann man ihn noch höher bringen. Er contrahirt sich hierbei so bedeutend, dass er auf normale Grösse kommt und man in den Cervix kaum die Fingerkuppe bringt. Ganz deutlich macht dabei die ganze Vagina kräftige, anhaltende Contractionen, wobei die Portio unzweifelhaft nach hinten gezogen wird, so dass der Uterus ohne weiteres in tiefer Anteversion verharrt. — Hydrotherapie. —

15. 2. Uterus zwar zurückgesunken, retrovertirt, aber nicht retroflectirt und viel kleiner. Erhebliche Besserung des subjectiven Befindens. — Erneute Massage und Lüftung mit demselben Erfolge wie gestern.

16. 2. Uterus in tiefer Anteversion, gut contrahirt. — Lüftung.

19. 2. Pat. giebt an, sich täglich besser zu fühlen. Nur bei vielem Herumgehen hat sie noch Schmerzen im Kreuz und ab und zu Magendrücken. Seit dem 16. 2. wird der Uterus bei täglicher Lüftung und Massage nie anders als normal antevertirt gefunden. Das Laquear bekommt wieder seine normale Gewölbegestalt. Weder allein von der Vagina aus, noch beim vorschriftsmässigen Lüften gelingt es jetzt, den Uterus auch nur bis zum Nabel hin vorzuschieben; sowie man ihn lüftet, contrahirt er sich bedeutend und anteflectirt sich stärker.

Vom 23. bis 26. 2. verlief die Regel normal.

28. 2. 89. Pat. sieht sehr gut aus, ist im Allgemeinen beschwerdefrei. Nur bei vielem Herumgehen hat sie noch Schmerzen im Kreuz. Scheide verhält sich durchaus normal. Portio steht median, durch die kräftigen Retractoren nach hinten gezogen, ganz abgeschwollen, beweglich. Uterus von ganz normaler Grösse, sehr gut contrahirt, in tiefer Anteversion, beweglich. Douglas und Parametrium frei. Also ganz normaler Genitalbefund. — Pat. wird entlassen und setzt die Hydrotherapie zu Hause fort.

31. 5. 89. Im März war Pat. 9 Tage lang auf der inneren Abtheilung, erhielt 7 Sitzbäder, Ausspülungen, Umschläge und wurde nach Einlegen eines Ringes entlassen. Zu Hause aber kehrten die alten Beschwerden sogleich wieder. Der Ring wurde schlecht vertragen und fiel beim Stuhlgang halb vor die Vulva. Pat. suchte dann durch festes Binden des Unterleibes die Schmerzen zu lindern. Weil Pat. der Schmerzen wegen nicht arbeiten konnte, suchte sie wieder klinische Hülfe nach.

Status: Gutes Allgemeinbefinden. Kein Fieber. Anhaltende Schmerzen im Kreuz. Kein Prolaps. Dagegen ist die hintere Scheidenwand ungemein schlaff, leicht descendirt, dünn; das Laquear dadurch tief stehend und ungewöhnlich geräumig. Uterus in toto jetzt besser abgeschlossen als früher, abnorm beweglich, sodass man ihn in den verschiedensten

Stellungen bei verschiedenen Untersuchungen antrifft. Man kann ihn durch Druck von oben her tief in die Scheide hinabdrücken. Man fühlt dann beide sehr dünnen und ausgezogenen Retractoren sehr tief. Douglas sehr geräumig und schlaff.

4. 6. 89. Operation nach dem gegebenen Modus. Hintere Lippe mit einem Muzeux gefasst und in die Höhe gezogen. Hinter ihr wurde das Laquear horizontal breit durchtrennt, wobei rechts ein Ast der Art. uterina spritzte, der sofort umstochen wurde. In den Douglas gelangte man sehr schnell. Derselbe war in der That sehr weit und nach unten verlängert. Eine Dünndarmschlinge und Netz mussten mit einem Schwamme zurückgedrückt werden. Da der Uterus aber gar nicht prolabirt war, so waren alle Manipulationen in dem eröffneten Douglas sehr beschränkt und erschwert. Nur mit Mühe kam man rechts und links dazu, die Blätter des Douglas etwa in der Höhe der Retractoren aneinanderzunähen. In gleicher Höhe wurde auch noch median der Douglas vernäht, sein unterster Abschnitt wurde nicht tamponirt, sondern durch quere Drahtnähte geschlossen. Jodoformgazetampon in die Scheide.

6. 6. Bisher reactionsloser Verlauf. Stuhl auf Ol. Ricini. Urin per Katheter. Keine Schmerzen.

7. 6. Tampon aus der Scheide entfernt, Weder Blutung noch Ausfluss. Gutes Allgemeinbefinden.

18. 6. Die Temperatur Abends meist leicht erhöht, tagsüber normal. Keine besonderen Klagen. Uterus aufgerichtet nach vorn. Portio hoch oben.

25. 6. Regel war ziemlich stark, verlief unter leichten Kreuzschmerzen mit Temperaturen bis 38° vom 19. bis 23. 6. Pat. verlässt das Bett; hat das lästige Drängen, überhaupt ihre alten Beschwerden verloren. Portio steht hoch oben in der Nähe des Promontoriums fixirt. Uterus sehr klein, median mit leichter Neigung nach rechts seitlich.

2. 7. Pat. klagt noch über Schmerzen, die entschieden auf die sehr feste, eingezogene Laquearwunde zurückzuführen sind. Portio und Uterus wie am 25. 6.

23. 7. Tait'sche Operation mit querer Vereinigung der Wunde durch Nähte, ohne Narkose. Jodoformgazetampon in die Scheide.

24. 7. Tampon entfernt; gutes Aussehen der Wunde. Pat. wird katheterisirt.

25. 7. Urin spontan. Wunde trocken. Stuhl auf Curella Kein Fieber.

30. 7. Sämmtliche Nähte entfernt. Prima reunio. Die Spitze des Bürzels allein ist oberflächlich necrotisirt. Sonst guter Verschluss der Vulva.

2. 8. Pat. steht auf. Ihre Beschwerden, wie Ziehen, Drängen nach unten etc. sind völlig geschwunden. Vulva eng geschlossen. Portio klein, sehr hoch stehend, ist in ziemlich langer Fläche mit dem Peritoneum am Promontorium vereinigt. Die Portio supravaginalis ist hier mit einbegriffen. Uterus sehr klein, fast atrophisch, hat eine leichte Neigung nach rechts seitlich, durchaus nicht nach hinten. Narbe im Douglas nicht mehr so hart, verursacht keinerlei Beschwerden.

5. 8. 89. Pat. ist völlig geheilt und wird entlassen. Sie ist so zufrieden und lebenslustig, dass sie wieder heirathen will.

Die Operation verlief in allen Fällen auf das glücklichste, ohne jeden störenden Zwischenfall. Die bei der Incision des Laquear posterius auftretende Blutung war nie sehr stark und konnte durch etwaige Umstechungen und Unterbindungen stets rasch gestillt werden. Wurden die Nähte in der Retractorengegend angezogen, so lag der Uterus sofort in der Höhe und befand sich in tiefer Anteversion, während die Portio fest am Promontorium stand.

Die nachtheiligen Consequenzen der Adhäsionen, wie sie bei der ventralen Fixation des Uterus so unliebsam hervortreten und wie sie Hegar in seiner operativen Gynaekologie so bedeutsam hervorhebt, bestehen hier nicht. Bei einer etwaigen Gravidität wird der schwangere Uterus durchaus nicht gehindert werden, das kleine Becken zu verlassen und in das grosse emporzusteigen, da die Verwachsungen sich auf die Portio beschränken.

Peritonitische Erscheinungen waren in keinem Falle zu konstatiren. Das Abdomen blieb jederzeit weich und schmerzlos. Erbrechen trat nie ein.

Die Temperatursteigerungen, besonders im ersten Falle, fanden ihre Erklärung in leichter Sekretstauung in der Wundhöhle. Auf antiseptische Ausspülungen, zu welchen besonders Creolin benutzt wurde, liessen dieselben sofort nach.

Das Allgemeinbefinden war stets gut, ebenso Appetit und Schlaf. Der Stuhl wurde durch leichte Abführmittel, Curella, Ol. Ricini, Bitterwasser geregelt. Der Urin kam in den beiden letzten Fällen sofort nach der Operation spontan.

In allen Fällen fand völlige prima reunio statt. Die leichten Schmerzen, welche im 3. Falle auftraten, waren auf zu feste Schnürung der Drähte in der Laquearincision zurückzuführen. Sie dauerten übrigens nur kurze Zeit an. Die Douglashöhle schloss sich langsam per secundam, aber ganz und vollständig, mit äusserst geringer Sekretbildung. Nach ihrem Schlusse bildet der so entstandene Bürzel eine ganz annehmbare Stütze des Uterus.

Das Vorfallrecidiv im ersten Falle findet seine Erklärung wohl in der abnormen Schlaffheit und Insufficienz des Scheidenschlussapparathes und des ganzen Beckenbodens überhaupt. Sowohl zur Vermeidung solcher Zwischenfälle, als auch überhaupt zur Erreichung eines sufficienten Beckenbodens, wird es sich stets empfehlen, auf obige Operation eine Dammplastik folgen zu lassen. In unseren 3 Fällen wurde jedesmal die Methode von Lawson-Tait mit bestem Erfolge benutzt.

Als Hülfsoperationen kamen in Betracht die Kolporrhaphia anterior und posterior, die Perineorraphie nach Freund, die Neugebauer'sche Kolporrhaphia mediana und die Kolporrhaphia anterior bilateralis, analog der von Freund und Martin für die hintere Scheidenwand angegebenen Operation. Mit Recht hat sie Fehling wieder als zweckmässigen Ersatz für die Kolporrhaphia anterior empfohlen, weil sie die normalen anatomischen Verhältnisse bestehen lässt. Vor allem wird die Columna rugarum anterior nicht weggeschnitten und übernäht, was um so zweckmässiger ist, als bei jungen Frauen, bei denen die Kolporrhaphia anterior und posterior mit Übernähung der Columnen ausgeführt wird, nicht selten Vaginismus und heftige Schmerzen beim Coitus bemerkt worden sind, Dinge, die dann durch schwierige Operationen und langweilige Kuren beseitigt werden mussten.

Neben den Hülfsoperationen kamen noch in Betracht Pessarien, Massage, Electrizität und Hydrotherapie. Einen eclatanten Erfolg hatten sie gerade nicht zu verzeichnen. Ebenso blieb der Erfolg der Strichnininjectionen, wie sie im 1. Falle gegen die Parese des M. lev. ani et sphincter angewandt wurden, weit hinter der Erwartung zurück.

Die Beschwerden, unter welchen die Kranken jahrelang zu leiden hatten, sind bei der Entlassung vollständig geschwunden. Die unangenehmen Erscheinungen, wie sie im 1. und 3. Falle jedesmal bei der Regel zur Beobachtung kamen, die Schmerzen in den Leistenbeugen, im Kreuz und im Unterleib, die manchmal die Anwendung von Narcoticis nöthig machten, das unerträgliche Drängen nach unten, der Fluor albus, die zuweilen sehr starken Temperatursteigerungen: alles dieses hat normalen Verhältnissen Platz gemacht.

Zum Schlusse spreche ich meinem verehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Freund, für die freundliche Anregung zu dieser Arbeit meinen besonderen Dank aus.